

La misurazione della *Customer Satisfaction* in una RSA

Maria Grazia Novara Antonino Giorgi Veronica Ghisani



Narrare i gruppi

Etnografia dell'interazione quotidiana

Prospettive cliniche e sociali, vol. 5, n° 2, Settembre 2010

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

La misurazione della *Customer Satisfaction* in una RSA

Autore

Maria Grazia Novara

Antonino Giorgi

Veronica Ghisani

Ente di appartenenza

Università degli Studi di Palermo

Università degli Studi di Palermo

Psicologa Palermo

To cite this article:

Novara M.G., Giorgi A., Ghisani V., (2010, La misurazione della *Customer Satisfaction* in una RSA, in *Narrare i Gruppi*, vol. 5, n° 2, Settembre 2010, pp. 173-182 - website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato. Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nella clinica

La misurazione della *Customer Satisfaction* in una RSA

Maria Grazia Novara, Antonino Giorgi, Veronica Ghisani

Riassunto

Il presente lavoro si focalizza sull'importanza che oggi assumono le misurazioni della *customer satisfaction* nei servizi socio-sanitari per anziani con patologie neurodegenerative. Nello specifico il lavoro che presentiamo è l'esito di una rilevazione della *customer satisfaction* in una Residenza Sanitaria Assistenziale che ospita pazienti geriatrici.

Dai risultati emersi è possibile sostenere che la rilevazione della *customer satisfaction* permette di individuare un'ampia gamma di indicatori per la misurazione dello scarto tra qualità attesa e qualità percepita. Appare però opportuno, se non essenziale, affiancare alla *customer satisfaction* misure che indagano la qualità relazionale, considerata la natura squisitamente relazionale delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Parole chiave: RSA, qualità percepita, qualità relazionale

A measurement of Customer Satisfaction in a RSA

Summary

This work is focalized on the importance of the use of *customer satisfaction* in health services for aged people with neurodegenerative pathologies. In the specific case this work is the result of detecting the *customer satisfaction* in a RSA of geriatrics patients.

By our findings it is possible to support that the measurement of *customer satisfaction* is useful to highlight many indicators to see the difference between attended quality and perceived quality. Moreover it is advisable, if not essential, to add to *customer satisfaction* some measures of relational quality, the reason is given by the importance of relational nature of RSA context.

Keywords: RSA, perceived quality, relational quality

1. Introduzione

Le amministrazioni pubbliche fin dagli anni novanta sono state attraversate da una profonda necessità di ripensamento e rinnovamento dei propri assetti interni, gui-

dati soprattutto dall'esigenza di migliorare la soddisfazione dei cittadini e delle imprese in relazione ai servizi offerti (Direttiva Ministero per la Funzione Pubblica 2003).

In tale processo ha assunto particolare rilevanza il ruolo centrale del cittadino, non solo nella veste di destinatario dei servizi ma anche quale risorsa strategica per valutare la consonanza dei servizi erogati ai bisogni reali, ovvero come essi vengono percepiti dai soggetti beneficiari. Sebbene tale esigenza sia oggi ampiamente riconosciuta, e sebbene le numerose iniziative attivate dalle amministrazioni siano orientate all'effettivo miglioramento della qualità, permangono ancora incertezze nell'individuazione delle soluzioni più appropriate (Raimondi, 2005).

La presente ricerca si inserisce proprio in questo filone di studi, in cui la misurazione della qualità percepita dagli attori coinvolti all'interno del circuito committenza – utenza di una Residenza Sanitaria Assistenziale¹ rappresenta la modalità più adeguata per poter strutturare interventi di ridefinizione dei propri assetti interni.

Il valore della *customer satisfaction* nelle amministrazioni pubbliche e nelle organizzazioni private che hanno con l'amministrazione pubblica stretti rapporti non solo di natura economica², consiste nell'individuare il potenziale di miglioramento della stessa, nonché dei fattori su cui si registra lo scarto maggiore tra ciò che l'amministrazione è stata in grado di realizzare e ciò di cui gli utenti hanno effettivamente bisogno o che si aspettano di ricevere da essa. Rilevare la *customer satisfaction* serve dunque a costruire un modello di relazione amministrazione-utenti basato sulla fiducia (Direttiva Ministero Funzione Pubblica 2003).

Nello specifico la rilevazione della *customer satisfaction*, oggetto dello studio qui presentato, è avvenuta in una Residenza Sanitaria Assistenziale che ospita pazienti geriatrici. Tale rilevazione, come sottolineato in precedenza, rientra in un periodico processo di monitoraggio della qualità dei servizi pubblici, il cui committente primo è l'ASL mentre il committente secondo da cui arriva l'effettiva richiesta di intervento è la direzione della Residenza Assistenziale Sanitaria, luogo che per la sua specificità necessita di un'ulteriore riflessione.

L'RSA infatti è un luogo che accoglie anziani affetti da patologie presentatisi in forma acuta (e.g. ictus) o da patologie a sviluppo lento (e.g. Alzheimer o Demenze Senili), che creano uno stato di tensione e stress nelle famiglie chiamate a fronteggiare tali eventi.

L'ingresso in questa struttura viene spesso vissuto come il segno del fallimento della capacità della famiglia di farsi carico da sola della difficile situazione, allora l'RSA può diventare un grande contenitore di paure e angosce legate non solo alla sofferenza dei propri cari, ma anche alle proprie ansie rispetto al possibile lutto e all'abbandono sentito dai familiari (Cigoli, 2006; Morasso, Tomamichel, 2005; Gill, Kaur, Rummans, Novotny, Sloan 2003).

Diventa fondamentale anche in questo senso monitorare e valutare quanto la struttura accolga questo tipo di problematiche e come di riflesso gli utenti, compresi gli stessi

¹ Come indicato nel D.P.R.14/01/1997, le Residenze Sanitarie Assistenziali sono “*presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera*”.

² Le RSA devono, per poter funzionare e accogliere le persone, essere <<accreditate>> dalla Regione di competenza. La Regione, inoltre, assieme all'USL di competenza e ai Comuni, eroga delle quote economiche a queste strutture sanitarie per poter accogliere al loro interno un considerevole numero di persone a basso reddito.

operatori che, quotidianamente si interfacciano con pazienti e familiari, si sentano al suo interno.

Per assolvere a questi presupposti si è avuto negli ultimi anni lo sviluppo di diversi approcci metodologici alla qualità, messi a punto sia in compagini internazionali che in esperienze italiane: da quello sanzionatorio, volto all'individuazione degli errori e all'isolamento dei responsabili, al Clinical Audit centrato sulla valutazione complessiva dell'assistenza (Kettinger, Lee, 2005), alla Verifica e Revisione della Qualità (VRQ) (Zanella *et al.* 2000), fino alla teoria del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ) che si richiama ai principi della Qualità Totale (Tanese *et al.* 2003).

Oltre questi metodi, il contributo maggiormente utilizzato nella misura della soddisfazione del cliente, fondato sull'indagine della qualità percepita del servizio, è il modello Servqual di Parasuraman, Zeithaml e Berry (1994).

Gli autori costruiscono la misura della qualità percepita, e quindi della soddisfazione del cliente, attraverso la valutazione delle aspettative con cui l'utente si accosta alla tipologia di servizio e le percezioni del servizio dopo la sua fruizione. Tale confronto è realizzato attraverso una metodologia detta "paradigma della discrepanza" in cui la soddisfazione è intesa "come stato psicologico derivante da un gap tra la valutazione dell'avvenuta esperienza di consumo e le attese del consumatore in merito a tale esperienza". Questo modello estremamente adoperato in molti ambiti applicativi come il marketing e la comunicazione aziendale, ha trovato applicazione anche nell'ambito delle rilevazioni inerenti contesti socio-sanitari come le comunità assistenziali, dove la qualità dei servizi è profondamente legata alla qualità percepita dalle singole persone che ne vengono coinvolte (pazienti, familiari, informal caregivers, operatori).

Nel contesto nazionale inoltre ci sono dei riferimenti normativi che è necessario tenere in considerazione nell'approccio alla *customer satisfaction* nelle strutture assistenziali.

Il Ministero della Funzione Pubblica³, infatti, ha stabilito che nel processo d'individuazione e scelta delle dimensioni della qualità, oggetto di un'indagine di soddisfazione dell'utenza, è utile considerare gli indicatori di qualità "dal lato del cittadino", ricordando i seguenti aspetti (Tanese, 2003):

- Umanizzazione, intesa come la componente relazionale che accompagna l'erogazione del servizio e che contribuisce a dare vivibilità al contesto in cui avviene il trattamento.
- Personalizzazione dell'assistenza, riferita alla tutela della *privacy* e alla qualità delle relazioni interpersonali tra operatori e degenti.
- Confort, riferito alla qualità delle prestazioni alberghiere (dagli spazi di ricovero al vitto, dall'accessibilità ai servizi accessori e così via).
- Informazione sul servizio offerto (sedi, orari, modalità di accesso) e sulle procedure di consenso informato.
- Prevenzione.

Prendendo in riferimento le esperienze maturate dagli autori sopracitati e i riferimenti normativi del Ministero della Funzione Pubblica, si è scelto di costruire un questionario composto da cinque sottoscale (Leotta, 2007), messo a punto proprio per misurare la *customer satisfaction* nelle strutture assistenziali, che potesse assolvere al compito richiesto dalla Direzione della RSA lombarda oggetto d'indagine.

³ Decreti legislativi 502/92; 181/2003.

Le aree indagate riguardano la valutazione della soddisfazione strutturale dell'assistenza, della soddisfazione delle informazioni date agli utenti, della soddisfazione dei servizi erogati all'interno della struttura, della soddisfazione rispetto alle capacità relazionali degli operatori, ed infine della soddisfazione in merito alle prestazioni erogate.

Alla luce di quanto finora detto gli obiettivi di questo lavoro sono:

1. Rilevare la *customer satisfaction* di tre categorie di beneficiari dell'RSA nella quale è stata svolta la ricerca: 1) Gruppo ospiti; 2) Gruppo caregivers⁴; 3) Gruppo operatori.
2. Esaminare se esiste una differenza tra i tre gruppi di beneficiari rispetto ai punteggi medi riferiti alla soddisfazione nelle singole sottoscale che compongono il questionario ed esplorarne le possibili implicazioni.
3. In ultimo si cercherà di leggere in modo critico il presente approccio alla rilevazione della soddisfazione organizzativa mettendone in luce i punti di forza e debolezza.

2. Metodo

Partecipanti

Il gruppo preso in considerazione per la presente ricerca è composto in totale da 85 individui (28% maschi, 72% femmine) di età compresa tra i 25 e i 97 anni ($M=59$, $SD=19.9$), reclutati per adesione volontaria in seguito a richiesta individuale di partecipazione.

Il gruppo ospiti è formato da 25 persone, 10 uomini e 15 donne con età compresa tra 69 e 97 anni ($M=81.48$, $SD=8.77$).

Il numero appare sufficientemente rappresentativo (83% sul totale della popolazione) considerato che l'intera comunità di ospiti consta di 150 soggetti di cui soltanto 30 con adeguate capacità cognitive. L'unico criterio di inclusione al gruppo, infatti, è stato rappresentato dalla preservata funzione cognitiva dei soggetti, che vista l'età e le patologie a carattere degenerativo, presentano spesso una sostanziale perdita delle capacità di pensiero⁵. Il gruppo ospiti, mediamente, vive in RSA da almeno un anno.

Il gruppo di caregivers è formato da 30 persone, 9 uomini e 21 donne con età compresa tra 37 e 80 anni ($M=59.59$ anni, $SD=10.61$).

La maggior parte del gruppo è rappresentato dai figli degli ospiti (56%), in altri casi i coniugi (13%), genero o nuora (10%), fratello o sorella (7%), nipoti (7%) e infine altro (7%). Tale gruppo si identifica come <<gruppo caregivers>> poiché le persone intervistate sono coloro che giornalmente si prendono cura dell'anziano ospite e quindi vivono gran parte della loro giornata in RSA. L'apparente incongruenza circa l'elevato numero di donne a discapito di quello degli uomini è spiegato dall'evidenza empirica che sono quasi sempre le donne a svolgere il ruolo di *caregiver* (ISTAT, 2007).

⁴ Il termine caregiver, mutuato dalla letteratura anglosassone, identifica letteralmente "colui che presta cura". In italiano non esiste un termine altrettanto efficace ed incisivo, dunque, anche in questo lavoro utilizzeremo il termine caregiver. In questo senso, occorre fare una distinzione tra: il caregiver informale, detto anche "primary caregiver", e il caregiver formale (il medico, l'infermiere, o qualsiasi altro professionista).

⁵ Il grado di decadimento cognitivo è stato rilevato attraverso la somministrazione del test M.M.S.E. (Folstein *et al.*, 1972). Inoltre, come suggerisce la letteratura, è stato monitorato anche il grado di depressione con la somministrazione della "Geriatric Depression Scale" (Brink e Yesavage, 1982, modificato). I dati ottenuti indicano l'assenza di depressione e una depressione lieve-moderata.

Il gruppo degli operatori è formato da 30 persone, 5 uomini e 25 donne con età compresa tra 25 e 51 anni ($M=37.19$, $SD=7.25$). La maggior parte di questi lavoratori sono stranieri (in maggioranza provenienti dal Sud-America e dall'Africa). Il numero appare sufficientemente rappresentativo (43% sul totale operatori) delle diverse tipologie professionali considerato che l'intera popolazione degli operatori dell'RSA è costituita da 70 unità. Nello specifico, la categoria professionale più consistente è quella ASA/OSS, ovvero gli assistenti socio-assistenziali e gli operatori socio-sanitari, figure che più di tutte le altre stabiliscono un profondo rapporto quotidiano con gli ospiti e i loro familiari.

Strumenti

Il questionario costruito per la presente ricerca (Leotta, 2007) si compone di due parti. La prima è relativa ai dati socio-anagrafici ed informativi. La seconda parte è costituita da 36 item suddivisi in cinque sottoscale:

- 1) Soddisfazione strutturale: tale area si occupa della valutazione degli ambienti della struttura assistenziale (e.g. "Come valuta la gradevolezza degli ambienti?").
- 2) Soddisfazione delle informazioni: si riferisce all'adeguatezza delle informazioni ricevute all'ingresso nella struttura (e.g. "Come valuta la chiarezza delle informazioni ricevute al momento dell'ingresso in merito all'organizzazione del nucleo?").
- 3) Soddisfazione dei servizi: indaga la soddisfazione dei vari servizi offerti, dall'accompagnamento religioso, al servizio lavanderia (e.g. "Come valuta il servizio di refezione?").
- 4) Soddisfazione relazionale: valuta il clima relazionale all'interno della struttura (e.g. "Come considera la disponibilità all'ascolto del personale psico-educativo?").
- 5) Soddisfazione prestazioni erogate: indaga le capacità professionali degli impiegati della struttura, siano essi appartenenti all'area sanitaria che all'area animazione che al front-office (e.g. "Come valuta la competenza/ professionalità degli animatori?").

Gli item sono presentati sottoforma di domanda alla quale il soggetto deve dichiarare il proprio grado di soddisfazione su scala Likert a 6 punti (da 0=*assolutamente insoddisfacente*, a 5=*completamente soddisfacente*).

L'ultimo item (36°), il cui punteggio va da 0 (*assolutamente insoddisfacente*) a 100 (*assolutamente soddisfacente*) indaga la Soddisfazione complessiva della Struttura d'assistenza. Il calcolo dell'Alpha di Cronbach ha evidenziato una consistenza interna dello strumento di .92.

Procedura

Durante la fase preliminare della ricerca sono stati condotti nove focus-group, tre per ciascuna categoria di utenti, della durata di 2 ore ciascuno e condotti da psicologi consulenti dell'RSA.

I focus-group sono stati realizzati all'interno della struttura, specificatamente nel laboratorio di psicologia sociale applicata, e promossi dalla direzione mediante un invito formale che ne stabiliva le date e il luogo, nonché gli scopi e la partecipazione volontaria ed anonima agli stessi. Dalle medesime interviste di gruppo sono stati identificati gli aspetti rilevanti della variabile che si voleva indagare e sono stati selezionati gli item per il questionario.

Nella seconda fase della ricerca è stato somministrato lo strumento.

La somministrazione è stata effettuata dagli psicologi consulenti dell'RSA nel laboratorio di psicologia sociale applicata, tra Gennaio e Febbraio del 2007. In questo caso la

direzione, mediante un invito formale, ha informato i gruppi di riferimento, chiarendo gli scopi e la partecipazione volontaria.

Analisi dei dati

Considerato che obiettivo generale del presente lavoro è rilevare la *customer satisfaction* di tre gruppi di beneficiari di una RSA lombarda, ovvero il gruppo ospiti, il gruppo caregivers e il gruppo operatori, si è proceduto alla rilevazione dei punteggi medi nelle cinque sottoscale in riferimento ai singoli gruppi.

La Soddisfazione complessiva della Struttura d'assistenza è stata valutata globalmente per l'intero campione attraverso la valutazione dell'item conclusivo dello strumento.

Inoltre, allo scopo di rilevare le differenze tra le medie dei tre gruppi qui considerati, in relazione ai valori delle cinque sottoscale: Soddisfazione strutturale, Soddisfazione delle informazioni, Soddisfazione dei servizi, Soddisfazione relazionale, Soddisfazione prestazioni erogate, si è proceduto all'analisi multivariata della varianza, MANOVA.

3. Risultati e commenti

In relazione all'obiettivo generale di valutare la *customer satisfaction* dell'intero gruppo preso in considerazione e dei tre gruppi specifici di cui esso è costituito, si può affermare che il livello medio di soddisfazione complessiva per l'intero gruppo dei beneficiari della RSA si assesta sul valore di 59.01 su un range che va da 0 a 100 (SD=23.3).

Il gruppo degli ospiti esprime una soddisfazione complessiva media pari a 64.40 (SD=20.63); il gruppo dei caregivers esprime una soddisfazione complessiva media pari a 59.33 (SD=24.45); il gruppo degli operatori esprime una soddisfazione complessiva media pari a 54.20 (SD=24).

Al fine di verificare se l'appartenenza ad un determinato gruppo (ospiti, caregivers, operatori) è associabile a differenze di punteggio nelle sottoscale del questionario, si è proceduto avvalendosi della MANOVA. I risultati indicano un effetto multivariato significativo per il gruppo ospiti, familiari e operatori (λ di Wilks = .75, $F(10,156)=2.40$, $p<.05$).

Dall'analisi si evince inoltre che solo nella variabile Soddisfazione delle informazioni i tre gruppi presentano differenze tra loro significative [$F(2,82)=3.15$, $p<0.01$]. Per approfondire tale rilevanza si è proceduto ad un'analisi post hoc condotta con il metodo HSD di Tukey (livello $\alpha=.05$) dalla quale emerge che il gruppo familiari risulta valutare in modo differente l'area inerente la soddisfazione delle informazioni. In particolare essi appaiono particolarmente inclini a soffermarsi in questa area, cogliendone un elemento di particolare criticità rispetto alle altre.

Questa evidenza potrebbe essere legata al bisogno del familiare di assicurarsi che la struttura offra fin dal primo momento di contatto tutte le informazioni rispetto alla sua organizzazione interna e alla modalità assistenziale con la quale gli anziani ospiti saranno accolti (Morasso, Tomamichel, 2005). Il transito da un sistema di cura familiare a uno di tipo assistito all'interno di una struttura specializzata appare particolarmente denso di significati e dunque da attenzionare con riguardo. La possibilità di effettuare un assessment familiare al momento del ricovero, potrebbe rappresentare un'adeguata modalità di presa in carico non solo del paziente ma anche della domanda di cura effettuata dal familiare (e dalla famiglia), che insieme al suo caro dovrà affron-

tare il difficile e cruciale passaggio generazionale che in RSA inevitabilmente si verifica (Cigoli, 1992, 1997, 2006; Tamanza, 2001).

In ultimo, i commenti alle analisi su riportate ci induce a proporre un'ulteriore riflessione sul modello adoperato per la misurazione della *customer satisfaction*. La modalità di valutazione, ampiamente ritrovata in letteratura e che si basa sullo scarto tra qualità attesa e percepita, offre un'accurata gamma di indicatori di cui avvalersi per effettuare una misurazione, fermarsi però a tale livello di esplorazione della qualità di un servizio così particolare (Tamanza, 2001) appare solo in parte esaustivo rispetto ad una necessità più profonda di analizzare un sistema assistenzialistico per troppo tempo considerato solo nella sua dimensione custodialista.

Proprio per questa ragione occuparsi di qualità dei servizi significa anche dare senso all'aspetto legato alla relazione che lega ogni attore del sistema clinico-sociale rappresentato da una RSA, attribuendo a questa area un significato cruciale nella complessa rete reale e simbolica che essa viene a rappresentare per le famiglie che entrano nel suo circuito.

Appare allora opportuno affiancare ad una misurazione della soddisfazione dei servizi anche una valutazione della qualità relazionale all'interno del contesto assistenziale, così che la relazione tra operatori, informal caregivers e ospiti diventi il vertice da cui sviluppare il monitoraggio della qualità dei servizi erogati. La soddisfazione dell'area relazionale potrebbe rappresentare infatti un possibile predittore della qualità esistenziale e relazionale dei pazienti nelle strutture assistenziali (Gill, Kaur, Rummans, Novotny & Sloan 2003) e dei loro famigliari chiamati a ridefinire i confini del loro spazio di vita.

Oggi, fortunatamente, molte RSA, almeno in Lombardia, hanno cominciato a prendere serie iniziative in tal senso. Non è un caso, infatti, che il miglioramento della qualità dei servizi offerti stia diventando sempre più un fatto importante e di *mission* organizzativa. In questa direzione, Vittorio Cigoli e la sua equipe, in collaborazione con la "Fondazione Cenci Galligani", hanno messo a punto uno strumento di "Valutazione della Qualità Relazionale" delle RSA⁶ denominato VQR, strumento che si distingue nettamente sia da quelli predisposti dalle strutture di monitoraggio pubbliche, che da quelli derivanti dalla classica tradizione "*customer satisfaction*".

Il sistema di valutazione "si caratterizza per non pochi tratti di novità rispetto agli strumenti attualmente disponibili, e con i quali peraltro può utilmente integrarsi. In primo luogo, come la sua stessa denominazione suggerisce, esso si centra sulla qualità delle relazioni. Il costrutto di Qualità Relazionale si riferisce alla capacità della RSA, intesa come organizzazione, di attuare strategie e procedure volte ad occuparsi dell'anziano e dei suoi familiari. L'oggetto di analisi è la relazione tra operatori e familiari, il grado di fiducia e di collaborazione che caratterizza i loro rapporti e li evidenzia come soggetti complementari nel prestare sostegno e cura all'anziano gravemente ammalato. Il sistema di rilevazione è pertanto indirizzato sia agli operatori, sia al caregiver principale dell'ospite e produce informazioni relative all'impegno della struttura nel garantire qualità relazionale e al grado di riconoscimento di tale impegno espresso dai familiari attraverso il caregiver (...) L'indice 'misura dell'impegno' della struttura non si limita (...) alla registrazione delle procedure in essa praticate, ma considera anche le dimensioni di aspettativa e sensibilità degli operatori che, pur non potendo realizzare appieno quanto ritengono efficace, ne riconoscono però la rilevanza. Analogamente, la 'misura del riconoscimento' espresso dai familiari circa le medesime pratiche non si limita alla registrazione della

⁶ Questo recentissimo progetto è stato promosso dalla Fondazione "Cenci Galligani" e dal Laboratorio di Psicologia Sociale Applicata dell'Università Cattolica di Milano. A questo progetto di valutazione attraverso il VQR hanno partecipato e stanno partecipando molte importanti RSA della Regione Lombardia.

loro conoscenza in proposito, ma integra tale dato con il grado di rilevanza ad esse attribuito” (Cigoli, Farina, Gennari, 2008: 20 – 21).

In sostanza, questo indice assume che le eventuali differenze (quanto-qualitative) tra le opinioni e le aspettative degli operatori e dei familiari, rappresentano un *marker* della qualità relazionale dei servizi posti in essere dalle R.S.A.

Bibliografia

- Bonti M. (2000). *Dal sistema burocratico alla cultura della qualità nelle amministrazioni pubbliche. Modelli di analisi e strumenti operativi*. Milano: Giuffrè.
- Cigoli V. (1992). *Il corpo familiare. l'anziano, la malattia, l'intreccio generazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Cigoli V. (1997). *Intrecci familiari. Realtà interiore e scenario relazionale*. Milano: Cortina Editore.
- Cigoli V. (2006). *L'albero della discendenza*. Milano: Franco Angeli.
- Cigoli V., Farina M., Gennari M. (2008). Dalla valutazione della qualità relazionale all'assessment familiare nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: un programma di ricerca-intervento. *Giornale di Psicologia*, Vol. 2, n. 1 – 2, pp. 19 -32.
- Conti T. (2004). *Qualità un'occasione perduta? Guida provocatoria per imprenditori, manager, e amministratori che mirano all'eccellenza*. Milano: Etas.
- Corbetta P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Milano: Il Mulino.
- Decreto Legislativo 181/2003, Disposizioni per agevolare l'incontro fra domanda ed offerta di lavoro, in attuazione dell'articolo 45, comma 1, lettera a, della legge 17 maggio 1999, n. 144.
- Donarelli Z., Lavanco G., Di Maria F. (2002). Gruppi e lavoro nella comunità. In F. Di Maria, G. Lavanco. *Culture di gruppo* (pp. 91-124). Milano: Masson.
- Ferrario P., Bianchi M., Quaia L. (2002). *La qualità nei servizi socio-sanitari: processi di costruzione della Carta dei servizi in una R.S.A.* Milano: Carocci Faber.
- Gill P., Kaur J., Rummans T., Novotny P., Sloan J. (2003). The hospice patient's primary caregivers. What is their quality of life? *Journal of psychosomatic research* 55/2003.
- Hayes B. (2003). *Misurare la soddisfazione dei clienti. Sviluppo, controllo, utilizzazione dei questionari, tecniche per l'analisi dei risultati*. Milano: Franco Angeli.
- Kettinger W. J., Lee C. C. (2005). *Zones of tolerance: Alternative scales for measuring information systems service quality*. *MIS Quarterly*, 29, 4, 607-621.
- Marcantoni M. (2003) . *Nuovo manuale per la certificazione ISO 9001:2000 dei Comuni, 2003*. Milano: Franco Angeli.
- Marchitto F. (2001). *Benchmarking nella Pubblica Amministrazione. Metodologia per il miglioramento continuo*. Milano: Franco Angeli.
- Morasso G., Tomamichel M. (2005). *La sofferenza in psico-oncologia*. Milano: Carocci.
- Ovretveit J. (1992). *Health Service Quality*. Oxford: Blackwell S. P.
- Palumbo G., Morosini P., Picardi A., Gigantesco A., Geddes J. (2004). Educating mental health professionals in clinical epidemiology and continuous quality improvement. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(5):421-424.
- Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple Item scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 12-40.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry, L.L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing*, vol. 58, pp. 111-124.

- Quaglino G. P. (1996). *Psicodinamica della vita organizzativa. Competizione, difese, ambivalenza nelle relazioni di lavoro*. Milano: Cortina.
- Raimondi M. (2005). *Marketing del prodotto-servizio. Integrare tangibile e intangibile per offrire valore al cliente*. Milano: Hoepli.
- Rice N., Leyland A. (1996). Multilevel models: applications to health data. *Journal Health Services Res. Policy*, VI. 1, No. 3, July.
- Susio B., Barbieri G. (2002). *Qualità "alla carta". Verso l'eccellenza con la carta servizi*. Milano: Franco Angeli.
- Tamanza G. (2001). *Anziani*. Milano: Franco Angeli.
- Tanese A., Negro G., Gramigna A. (2003). *La Customer Satisfaction nelle Amministrazioni Pubbliche. Valutare la qualità percepita dai cittadini. Cantieri - Analisi e strumenti per l'innovazione, I Manuali*. Roma: Rubbettino.
- Yang Z., Cai S., Zhou Z., Zhou, N. (2005). Development and validation of an instrument to measure user perceived service quality of information presenting Web portals. *Information & Management*, 42, 575–589.
- Zanella A., Cerri, M. (2000). La misura di Customer Satisfaction: qualche riflessione sulla scelta delle scale di punteggio. In AA.VV. *Valutazione della qualità e customer satisfaction: il ruolo della statistica*. Milano: Vita e Pensiero.
- Zeithaml V. A., Parasuraman A., Malhotra A. (2002). Service quality delivery through web sites: A critical review of extant knowledge. *Academy of Marketing Science*, 30(4), 362–375.
- Zeithaml V. A., Parasuraman A., Berry, L. L. (1991). *Servire qualità*. Milano: McGraw-Hill.